

OMAVALVONTASUUNNITELMA

MERIKAARI

2026

päivitetty 3.9.2026



SISÄLLYS

Johdanto.....	4
1. palveluntuottajaa, palveluyksikköä ja toimintaa koskevat tiedot	4
1.1 Palveluntuottajan perustiedot.....	4
1.2 Palveluyksikön perustiedot.....	4
1.3 Palvelut, toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet.....	4
1.4 Päiväys	5
2. Omavalvontasuunnitelman laatiminen ja julkaiseminen sekä vastuunjako	6
3. Palveluyksikön omavalvonnan toteuttaminen ja menettelytavat.....	6
3.1 Palvelujen saatavuuden varmistaminen.....	6
3.2 Palvelujen jatkuvuuden varmistaminen	7
3.2.1 Monialainen yhteistyö ja palvelun koordinointi	7
3.2.2 Valmius- ja jatkuvuudenhallinta	7
3.3 Palvelujen turvallisuuden ja laadun varmistaminen	8
3.3.1 Palveluiden laadulliset edellytykset	8
3.3.2 Toimitilat ja välineet.....	9
3.3.3 Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja tietosuojat.....	9
3.3.4 Tietojärjestelmät ja teknologian käyttö.....	10
3.3.5 Infektioiden torjunta ja yleiset hygieniakäytännöt.....	10
3.3.6 Lääkehoitosuunnitelma.....	10
3.3.7 Lääkinnälliset laitteet	11
3.4 Asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyden ja osaamisen varmistaminen	11
3.5 Yhdenvertaisuuden, osallisuuden ja asiakkaan aseman ja oikeuksien varmistaminen	13
4. Havaittujen puutteiden ja epäkohtien käsittely sekä toiminnan kehittäminen	14
4.1 Toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely.....	14

4.2 Vakavien vaaratapahtumien tutkinta	15
4.3 Palautetiedon huomioiminen kehittämisessä	15
4.4 Kehittämistoimenpiteiden määrittely ja toimeenpano	16
5. Omavalvonnan seuranta ja raportointi	16
5.1 Laadun- ja riskienhallinnan seuranta	16
5.2 Laadun- ja riskienhallinnan raportointi	17
5.3 Kehittämistoimenpiteiden etenemisen seuranta ja raportointi	17
6. Edellisen osavuoden arviointi	18
Liitteet	20

JOHDANTO

Omavalvontasuunnitelma toimii palveluyksikön päivittäistä arkea ohjaavana asiakirjana. Se kattaa kaikki tuotetut palvelut, mukaan lukien omana toimintana tuotetut, ostopalveluna ja alihankintana hankitut sekä palvelusetelillä tuotetut palvelut. Suunnitelma sisältää keskeiset prosessit ja toimenpiteet riskien, vaaratilanteiden ja laadullisten puutteiden ennaltaehkäisemiseksi ja korjaamiseksi. Omavalvonta on olennainen osa organisaation laadunhallintajärjestelmää.

Merikaari on 18-paikkainen ikäihmisten ryhmäkoti Helsingin Lauttasaassa meren rannalla. Ryhmäkodin erityispiirteisiin kuuluu pienyhteisöllinen toimintakulttuuri, jossa jokaisella asukkaalla on nimetty omahoitaja ja yksilöllinen palvelu- ja kuntoutussuunnitelma. Toimintaa ohjaavat Yrjö ja Hanna Hoivan arvot: eettisyys, kohtaaminen ja jatkuvuus.

1. PALVELUNTUOTTAJAA, PALVELUYKSIKÖÄ JA TOIMINTAA KOSKEVAT TIEDOT

1.1 Palveluntuottajan perustiedot

Palveluntuottajan nimi: Yrjö ja Hanna Aatoskodit Oy (1.1.2026 alkaen)

Y-tunnus: 3507987-1

Yhteystiedot: Leppäsuonkatu 4, 00100 Helsinki

OID Koodi: 1.2.246.103507987.10.0

1.2 Palveluyksikön perustiedot

Palveluyksikön nimi: Yrjö ja Hanna Aatoskodit Oy, Merikaari

Palvelupisteet: Merikaari

Yhteystiedot: Pohjoiskaari 9 A, 00200 Helsinki

Palveluyksikön valvontalain 10 §:n 4 momentin mukaisen vastuuhenkilön nimet ja yhteystiedot:

Jaana Kaasinen, p. +358 40 561 8500, jaana.kaasinen@yhhoiva.fi

1.3 Palvelut, toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet

Yrjö ja Hanna Aatoskodit Oy, OID-koodi: 1.2.246.10.35079871.10.0

Palveluyksikkö – Merikaari, OID-koodi: 1.2.246.10.35079871.10.4

Palvelupiste – Merikaari, OID-koodi: 1.2.246.10.35079871.10.5

Tuotettavat palvelut:

lääkkäiden ympärivuorokautinen palveluasuminen

lääkkäiden kotihoito

lääkkäiden kotisairaanhoido

Tukipalvelut

Merikaaren hoivakoti sijaitsee Helsingin Lauttasaassa meren rannalla. Merikaaren ympärivuorokautinen hoivakoti tarjoaa hoivaa ja turvaa 18 iäkkäille henkilöille, joilla omassa kodissa asuminen ei ole enää mahdollista ilman ympärivuorokautista hoivaa. Merikaari on usein asukkaan loppuelämän viimeinen koti. Otamme jokaisen asukkaan vastaan omana erityisenä yksilönä ja huomioimme hänen omat yksilölliset tarpeensa ja toiveensa.

Toiminta-ajatustamme ohjaavat erilaisten lakien ja asetusten lisäksi Yrjö ja Hanna Hoivan yleiset periaatteet: eettisyys, kohtaaminen ja jatkuvuus.

Merikaareen voi hakeutua asukkaaksi joko hyvinvointialueen sijoittamana, palvelusopimuksella tai itse maksavana. Olemme mukana Helsingin kaupungin, Vantaa-Kerava (VAKE) sekä Länsi-Uudenmaan (LUVN) hyvinvointialueiden palveluntarjoajana.

Alihankintana ostetut palvelut:

Lääkäripalvelut (Mehiläinen), pesulapalvelut (Super Pesula Oy), henkilöstön työterveyshuoltopalvelu (Täsmä), asukkaiden tuolijumppa (Terveystalo), apteekkipalvelu ja lääkkeiden annosjakelu (Apteekki Lauttis), kiinteistöhuolto (Kiinteistöhuolto Tahti), henkilöstövuokraus (MediPower), lääkinnällisten laitteiden vuosihuolto ja korjaukset (Algol Trehab Oy, Berner), liivari-hoitajakutsujärjestelmä (liivari Care). Yrjö ja Hanna Hoiva vastaa alihankintana tuotettujen palvelujen laadusta.

1.4 Päiväys

Päivitetty: 5.6.2026

Päivittäjä: Kodin johtaja, Jaana Kaasinen, p. +358 40 561 8500, jaana.kaasinen@yhhoiva.fi

Hyväksyjä: Jaana Kaasinen, kodin johtaja

Versiohistoria: 28.1.2026 (alkuperäinen) → 3.9.2026 (päivitys)

2. OMAVALVONTASUUNNITELMAN LAATIMINEN JA JULKAISEMINEN SEKÄ VASTUUNJAKO

Omaevalvontasuunnitelman päivittämisessä huomioidaan palveluissa, niiden laadussa sekä asiakas- ja potilasturvallisuudessa tapahtuvat muutokset. Suunnitelma elää toiminnan mukana ja sitä tarkastellaan aina, kun yksikön toiminnassa tai ohjeistuksissa tapahtuu muutoksia.

Merikaaressa sähköisen omaevalvontasuunnitelman laatimisesta, päivittämisestä, toteutumisen seurannasta ja julkaisemisesta vastaa kodin johtaja. Hän huolehtii siitä, että suunnitelma on ajantasainen ja että sen sisältö vastaa lainsäädännön ja organisaation vaatimuksia. Omaevalvontasuunnitelman hyväksyy kodin johtaja, joka vastaa myös sen virallisesta käyttöönotosta.

Henkilöstön omaevalvontaosaamisen varmistamme perehdytyksellä, säännöllisillä koulutuksilla ja ohjauksella. Omaevalvontasuunnitelman sisältöä päivitämme yhdessä henkilökunnan kanssa mm. viikkopalaverien ja kehittämispäivien yhteydessä. Säännöllinen päivittäminen tapahtuu kolme kertaa vuodessa ja aina tarvittaessa.

Omaevalvontasuunnitelma on nähtävissä hoivakodin omilla sivuilla internetissä ja se löytyy tulostettuna hoivakodin hoitajien toimistosta. Omaevalvontasuunnitelman aiemmat versiot säilytetään organisaation arkistointikäytännön mukaisesti.

3. PALVELUYKSIKÖN OMAVALVONNAN TOTEUTTAMINEN JA MENETTELYTAVAT

3.1 Palvelujen saatavuuden varmistaminen

Teemme jatkuvaa yhteistyötä hyvinvointialueiden kanssa. Aukkaan pääsyn palveluun ja hoitoon varmistamme ilmoittamalla hoivakodin vapaat paikat mahdollisimman nopeasti yhteistyötahoille.

Aukkaan muutettua yksikköön haastattelemme heti asukasta ja/tai läheisiä ja teemme alustavan suunnitelman. Kaikille uusille asukkaille meillä on n. uuden asukkaan paketti, joka sisältää mm. Tervetuloa-kirjeen, jossa on kerrottu yksikön toiminnasta, valokuvausluvan, liivari- tiedotteen ja -luvan sekä apteekkisopimuksen. Jokaiselle asukkaalle nimetään

omahoitaja. Päivitämme lopullisen suunnitelman 1 kk sisällä muutosta. Tähän suunnitelmaan on pohjana RAI LTCF-arviointi.

Merikaari vastaa kokonaisuudessaan siitä, että alihankkijan tuottama palvelu täyttää samat laatu- ja turvallisuusvaatimukset kuin yksikön oma toiminta. Tämä varmistetaan sopimusseurannalla ja raportoinnilla sekä tiiviillä yhteistyöllä alihankkijoiden kanssa. Havaitut puutteet käsitellään välittömästi, ja alihankkijalta edellytetään korjaavia toimenpiteitä.

Riskien arvioinnissa käytetään seuraavaa asteikkoa:

Riskin suuruus = todennäköisyys (1–5) × vaikutus (1–5). Riskiluokat: matala (1–5) / kohtalainen (6–12) / korkea (15–25).

Taulukko 1: Palveluita ja hoitoon pääsyä koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta

Tunnistettu riski	Riskin arviointi: suuruus = todennäköisyys x vaikutus	Ehkäisy- ja hallintatoimet
Hyvinvointialue ei sijoita asukkaita	2	Markkinointi, aktiivinen yhteydenpito tilaajan, laadusta huolehtiminen
Sovittu palvelu ei toteudu toiveiden mukaan	3	Palvelu- ja kuntoutussuunnitelmien ajantasaisuus, yhteistyö läheisten, henkilöstön perehdytys ajan tasalla

3.2 Palvelujen jatkuvuuden varmistaminen

3.2.1 Monialainen yhteistyö ja palvelun koordinointi

Yhteistyö ja tiedonkulku muiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelunjärjestäjien ja -tuottajien kanssa varmistetaan selkeillä yhteydenottokäytännöillä, ajantasaisella dokumentoinnilla ja suostumusten mukaisella tiedonvaihdoilla.

3.2.2 Valmius- ja jatkuvuudenhallinta

Palveluyksikkötasolla valmiudella ja jatkuvuudenhallinnalla tarkoitetaan sitä, että yksikkö pystyy jatkamaan toimintaansa häiriötilanteissa ja poikkeusoloissa sekä turvaamaan asiakkaiden hoidon ja palvelut kaikissa tilanteissa.

Valmius- ja jatkuvuussuunnitelmasta vastaava henkilö: Jaana Kaasinen, p. +358 40 561 8500, jaana.kaasinen@yhhoiva.fi

Taulukko 2: Palvelujen jatkuvuutta koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta

Tunnistettu riski	Riskin arviointi: suuruus = todennäköisyys x vaikutus	Ehkäisy- ja hallintatoimet
Henkilöstön vaihtuvuus	9	Huomioitu kehityssuunnitelmassa ja toteutusta seurataan, yksilölliset toiveet huomioitu mahdollisuuksien mukaan

3.3 Palvelujen turvallisuuden ja laadun varmistaminen

3.3.1 Palveluiden laadulliset edellytykset

Palvelun laadun arvioinnissa käytetään numeraalisia ja laadullisia mittareita. Jokaisella asukkaalla on ajantasainen palvelu- ja kuntoutussuunnitelma sekä RAI-arvio, jotka päivitetään vähintään kuuden kuukauden välein, sekä vuosittain tarkistettava itsemääräämissuunnitelma. Uuden asukkaan hoitosuunnitelma laaditaan kuukauden (1 kk) kuluessa muutosta.

Rajoitustoimenpiteet koskevat ryhmäkodin asukkaita — kotihoidon asiakkaita ei rajoiteta. Rajoitustoimenpiteiden toteutumista seurataan päivittäin, ja niiden asianmukaisuus arvioidaan kolme kertaa vuodessa. Palvelu- ja kuntoutussuunnitelmaan valitaan 1–5 tavoitetta, jotka poimitaan hoitosuunnitelmasta ja kirjataan päivittäin Domacareen.

Tiedonkulku toteutetaan suojatuissa kanavissa, ja asiakkaan suostumukset sekä tietosuoja huomioidaan kaikissa tilanteissa. Etäpalveluissa varmistetaan, että asiakkaan henkilöllisyys tunnistetaan asianmukaisesti ja että palvelu toteutuu yhtä laadukkaasti kuin lähipalveluissa. Henkilöstö perehdytetään digitaalisten palveluiden käyttöön, ja järjestelmien toimivuutta seurataan säännöllisesti.

3.3.2 Toimitilat ja välineet

Merikaari on 18-paikkainen ikäihmisten ryhmäkoti. Ryhmäkodin tilat sijaitsevat yhdessä tasossa, Pohjoiskaari 9 A:n toisessa kerroksessa. Henkilökunnan sosiaalitila sijaitsee yksikön alakerrassa, samoin kodin johtajan toimisto.

Asukkaiden huoneet ovat noin 20 m² ja kaikissa huoneissa on WC- ja suihkutila. Huoneeseen kuuluu hoivasänky ja kiinteät vaatekaapit. Asukkaalla on mahdollisuus sisustaa huone oman näköisekseen omilla huonekaluilla sekä ripustaa tauluja seinille. Mattoja ei suositella kaatumisriskin vuoksi.

Asukkaiden käytössä on viihtyisät oleskelu- ja ruokailutilat sekä terassit merelle päin. Tilat ovat esteettömät ja soveltuvat liikkumisen apuvälineitä käyttäville asukkaille. Tilojen turvallisuutta arvioidaan säännöllisesti ja havainnot dokumentoidaan.

3.3.3 Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja tietosuoja

Asiakastietolain 7 §:n mukaisena asiakastietojen käsittelystä vastaavana johtajana toimii palveluyksikön johtaja Jaana Kaasinen.

Merikaarella kaikki asukaskirjaukset omistaa Helsingin kaupunki. Asukkaan halutessa tarkastaa tai korjata omat tietonsa, ohjataan hänet tekemään tarkastuspyyntö Helsingin kaupungin ohjeiden mukaisesti. Merikaaren hoivakodista ei anneta mitään tietoja ilman kaupungilta tullutta lupaa luovutukseen. Yksikkökohtainen tietopyyntömenettely: asukas tai läheinen ottaa yhteyttä kodin johtajaan, joka ohjaa asian eteenpäin kaupungin rekisterinpitäjälle.

Merikaaren tietoturvastuuhenkilö: Jaana Kaasinen, jaana.kaasinen@yhhoiva.fi, p. 040 561 8500

Yrjö ja Hanna Hoiva Oy:n tietosuojavastaava: Kati Haapaniemi, kati.haapaniemi@yhhoiva.fi, p. 0406616222

3.3.4 Tietojärjestelmät ja teknologian käyttö

Asiakastietolain mukaisten tietojärjestelmien vaatimustenmukaisuus varmistetaan käyttämällä ainoastaan järjestelmiä, jotka täyttävät asiakastietolain olennaiset vaatimukset ja löytyvät LVV:n (lupa- ja valvontavirasto) tietojärjestelmärekisteristä. Järjestelmien soveltuvuus arvioidaan ennen käyttöönottoa ja aina päivitysten yhteydessä.

Merikaaressa on siirrytty huhtikuussa 2026 käyttämään asukastietojärjestelmänä Domacare 2.0 versiota, mikä mahdollistaa Kanta-järjestelmään liittymisen 1.9.2026 alkaen.

3.3.5 Infektioiden torjunta ja yleiset hygieniakäytännöt

Tyypillisimmät palveluyksikön toimintaan liittyvät infektiot ovat hengitystieinfektiot, vatsataudit sekä iho- ja haavainfektiot. Infektioiden ja tarttuvien sairauksien leviäminen ehkäistään noudattamalla tavanomaisia ja tarvittaessa tehostettuja varotoimia, hyvää käsihygieniaa, asianmukaista suojautumista, oikea-aikaista eristämistä sekä huolellisella siivouksella ja jätehuollolla.

Helsingin epidemiayksikkö:

Toinen linja 4 A, 00530 Helsinki

Puh. +358 9 310 28570

Puhelinaika ma–pe klo 8–15.30, tartuntatautihoitajat

3.3.6 Lääkehoitosuunnitelma

Lääkehoitosuunnitelma on laadittu palveluyksikköön ja se päivitetään kalenterivuositain sekä aina, kun toiminnassa, ohjeistuksissa tai lainsäädännössä tapahtuu muutoksia. Lääkehoitosuunnitelma noudattaa STM:n Turvallinen lääkehoito -opasta.

3.3.7 Lääkinnälliset laitteet

Lääkinnällisten laitteiden ammattimaisen käyttäjän vastuuhenkilö on nimetty lääkehoitosuunnitelmassa. Merikaaressa laitevastuuhenkilöt on nimetty erikseen. He vastaavat laitteiden käytön valvonnasta, kunnon seurannasta ja huoltojen koordinoinnista. Lääkinnällisten laitteiden vaaratilanneilmoitus tehdään välittömästi Laatuporttiin, josta ilmoitus ohjautuu Fimean ohjeiden mukaisesti eteenpäin.

Taulukko 3: Palvelujen turvallisuutta ja laatua koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta

Tunnistettu riski	Riskin arviointi: suuruus = todennäköisyys x vaikutus	Ehkäisy- ja hallintatoimet
Asukkaan karkaaminen yksiköstä	8	Ovien lukitus kunnossa
Vaaratilanteissa ei osata toimia	6	Turvakävely, ensiapu- ja palokoulutukset ja -harjoitukset
Apuvälineet eivät ole kunnossa tai niitä ei osata käyttää oikein	9	Huolto ja koulutus laitteiden käyttöön, laitevastaava nimetty yksikköön

3.4 Asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyden ja osaamisen varmistaminen

Riittävä ja osaava sekä palveluyksikön omavalvontaan sitoutunut henkilöstö on keskeinen tekijä palvelujen saatavuuden, laadun ja asiakas- ja potilasturvallisuuden varmistamisessa. Henkilöstön määrä ja rakenne perustuvat yksikön asiakasmäärään ja palvelutarpeeseen. Merikaaren vakituinen henkilöstö koostuu sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisista. Vakituisten henkilöstön lisäksi Merikaaressa on melko vakiintunut tuntityöntekijöiden ryhmä. Sijaisia käytetään tarpeen mukaan, ja vuokratyövoimaa käytetään vain täydentämään omaa henkilöstöä.

Merikaaressa kodin johtaja huolehtii pääsääntöisesti, että yksikössä on aina tarvittavat resurssit käytössä. Hoivakodin hoitajamitoitus on asetusten mukainen 0.6. Merikaaressa työskentelee kodin johtaja, joka ei osallistu varsinaiseen hoitotyöhön, lisäksi yksi

sairaanhoitaja, 8 lähihoitajaa, 2 hoiva-avustajaa ja yksi tukipalvelutyöntekijä. Pääsääntöisesti aamuvuorossa työskentelee 3-4 työntekijää, iltavuorossa 3 ja yössä yksi. Sairaanhoitaja työskentelee pääsääntöisesti arki-aamuvuoroissa. Iltavuorossa vähintään yksi hoitajista on lähihoitaja, jolla on lääkehoitoluvat..

Kodin johtaja varmistaa riittävän henkilöstön seuraamalla päivittäin asiakasmäärää, palvelutarvetta ja henkilöstöresursseja. Ammattihenkilöiden ammattioikeudet varmistetaan tarkistamalla Valviran Terhikki- ja Suosikki-rekisterit ennen työsuhteen alkamista ja säännöllisesti sen aikana.

Opiskelijoiden oikeus toimia tilapäisesti ammattihenkilön tehtävissä varmistetaan oppilaitoksen kanssa tehdyn sopimuksen ja kirjallisen ohjauksen kautta. Opiskelijoilla on nimetty ohjaaja, ja heidän työskentelyään valvotaan jatkuvasti. Rikostausta selvitetään lasten kanssa työskentelevältä lain 504/2002 mukaisesti ja iäkkäiden ja vammaisten kanssa työskentelevältä valvontalain 28 §:n mukaisesti. Selvitys tehdään ennen työsuhteen alkamista.

Henkilöstön riittävyyden varmistamisen toimintamallit sisältävät päivittäisen henkilöstötilanteen seurannan, sijaisten käytön sekä työvuorojen joustavan uudelleenjärjestelyn. Jos henkilöstöä ei ole riittävästi, tehtäviä priorisoidaan, lisäresursseja hankitaan ja asiakasturvallisuus varmistetaan välittömin toimin. Henkilöstön asianmukainen koulutus varmistetaan rekrytointivaiheessa, perehdytyksessä ja säännöllisillä osaamisen arvioinneilla. Henkilöstön perehdytys ja ammattitaidon ylläpito toteutetaan perehdytysohjelman, vuosittaisten arviointikeskustelujen ja täydennyskoulutusten avulla. Henkilöstö osallistuu ammatilliseen täydennyskoulutukseen vähintään organisaation määrittelemän vähimmäismäärän.

Henkilöstön osaamista ja työskentelyn asianmukaisuutta seurataan havainnoinnilla, kirjaamisen tarkastuksilla, auditoinneilla ja palautekeskusteluilla. Havaittuihin epäkohtiin puututaan välittömästi ohjauksella, lisäkoulutuksella tai tarvittaessa muilla korjaavilla toimenpiteillä.

Henkilöstön riskienhallinnan osaaminen varmistetaan perehdytyksellä, koulutuksilla ja selkeillä ohjeilla. Riskienhallinnassa huomioidaan työturvallisuuslain velvoitteet, kuten turvalliset työmenetelmät, ergonomia, väkivallan uhan hallinta ja turvalliset työtilat.

Työturvallisuudella on suora yhteys asiakas- ja potilasturvallisuuteen, ja siksi sitä seurataan ja kehitetään jatkuvasti.

Taulukko 4: Henkilöstön riittävyyttä ja osaamista koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta

Tunnistettu riski	Riskin arviointi: suuruus = todennäköisyys x vaikutus	Ehkäisy- ja hallintatoimet
Sairastumiset (epidemiat)	9	Hyvä hygienia, rokotukset
Työntekijöiden vaihtuvuus	6	Jatkuva koulutus, hyvä perehdytys

3.5 Yhdenvertaisuuden, osallisuuden ja asiakkaan aseman ja oikeuksien varmistaminen

Asiakkaan itsemääräämisoikeuden vahvistamisesta vastaa ensisijaisesti hänen omahoitajansa. Omahoitaja on nimetty asiakkaan hoitosuunnitelmassa, ja hänellä on kokonaisvastuu itsemääräämisoikeuden toteutumisen seurannasta ja edistämisestä arjen tilanteissa.

Alueen sosiaali- ja potilasasiavastaavan yhteystiedot

Helsingin kaupungin hyvinvointialue:

Suojattu sähköposti: linkki Helsingin kaupungin sivuilta (vaatii tunnistautumisen)

Puhelinneuvonta: +358 9 310 43355, ma-to 9–11

Postiosoite: PL 6060, 00099 Helsingin kaupunki

Yksikön päällikkö: Tove Munkberg

Sosiaali- ja potilasasiavastaavat: Jenni Hannukainen, Ninni Purmonen, Taru Salo, Teija Tanska, Katariina Juurioksa ja Anders Häggblom

Vantaa-Keravan hyvinvointialue:

Clarissa Kinnunen (toiminnan vastuhenkilö)

Satu Laaksonen

Puh. 0941910230

Sosiaali- ja potilasasiavastaavien puhelinajat:

Maanantaisin ja tiistaisin 12.00-15.00

Keskiviikkoisin ja torstaisin 9.00-11.00

Sähköpostiyhteydenotot:

sosiaali-japotilasasiavastaava@vakehyva.fi

Lähetä viestisi luottamuksellisenä sähköpostina, ethän koskaan lähetä salaamatonta sähköpostia.

Kuluttajaneuvonta: 029 553 6901, www.kuluttajaneuvonta.fi

Muistutukset

Asiakkaalla tai läheisellä on oikeus tehdä muistutus palvelun laadusta tai kohtelusta. Muistutusten käsittelystä vastaa yksikön johtaja. Muistutus vastaanotetaan kirjallisesti tai sähköisesti ja se kirjataan viipymättä Laatuporttiin. Vastaus annetaan pääsääntöisesti kahden (2) viikon kuluessa muistutuksen vastaanottamisesta (sosiaalihuoltolaki 23 § ja potilaslaki 10 §).

Taulukko 5: Yhdenvertaisuutta, osallisuutta sekä asiakkaan asemaa ja oikeuksia koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta

Tunnistettu riski	Riskin arviointi: suuruus = todennäköisyys x vaikutus	Ehkäisy- ja hallintatoimet
Asukkaan ääni ei näy kirjauksissa	6	Jatkuva yksikön sisäinen koulutus, perehdytys
Palvelu- ja hoitosuunnitelma vanhentunut	6	Jatkuva yksikön sisäinen koulutus, perehdytys

4. HAVAITTUJEN PUUTTEIDEN JA EPÄKOHTIEN KÄSITTELY SEKÄ TOIMINNAN KEHITTÄMINEN

4.1 Toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely

Keskeisimmät riskit raportoimme Merikaaressa kolmasti vuodessa osana säännöllistä omavalvontaa. Palveluyksikkö ilmoittaa omassa tai alihankkijan toiminnassa ilmenevistä

epäkohdista ja puutteista palvelunjärjestäjälle ja valvontaviranomaiselle valvontalain 29 §:n mukaisesti.

Henkilöstö ilmoittaa palveluyksikön vastuuhenkilölle kaikista havaitsemistaan epäkohdista valvontalain 29 §:n mukaisesti. Kaikki kirjalliset ilmoitukset tehdään Laatuporttiin. Tarkempi ilmoitusvelvollisuusohje löytyy Irmasta kohdasta "Henkilökunnan ilmoitusvelvollisuus" — ohje on myös ilmoitustaululla.

Ilmoittajansuoja (whistleblowing)

Merikaaressa noudatetaan ilmoittajansuojalakia (1171/2022). Jokaisella työntekijällä on oikeus ilmoittaa havaitsemistaan väärinkäytöksistä tai epäkohdista luottamuksellisesti ja nimettömästi organisaation whistleblowing-kanavan kautta: yhhoiva.fi/yhteystiedot#whistleblow. Ilmoittajaa suojataan vastatoimia vastaan, ja ilmoitukset käsitellään luottamuksellisesti. Henkilöstölle tiedotetaan tästä kanavasta perehdytyksessä ja säännöllisesti tiimipalavereissa.

4.2 Vakavien vaaratapahtumien tutkinta

Vakavat vaaratapahtumat tunnistamme Merikaaressa henkilöstön havainnoinnin, kirjaamisen ja ilmoitusjärjestelmän avulla. Vakavaksi vaaratapahtumaksi katsotaan tilanne, joka on aiheuttanut tai olisi voinut aiheuttaa asiakkaalle merkittävää haittaa, turvallisuusriskiä tai välitöntä vaaraa.

Vakavasta vaaratapahtumasta ilmoitetaan viipymättä hyvinvointialueelle sekä LVV:lle (lupa- ja valvontavirasto) valvontalain 29 §:n mukaisesti. Ilmoitus tehdään Laatuporttiin, josta kodin johtaja vastaa käsittelystä ja pitää palvelujohtajan ajan tasalla koko prosessin ajan.

Vakavien vaaratapahtumien tutkintaprosessi on järjestelmällinen ja perustuu juurisyiden selvittämiseen. Prosessi ja ohje löytyy sisäisestä järjestelmästä Irmasta. Tavoitteena on oppiminen, ei syyllisten etsiminen.

4.3 Palautetiedon huomioiminen kehittämisessä

Epäkohtailmoitusten sekä haitta- ja vaaratapahtumailmoitusten käsittelyssä esiin tulevaa tietoa hyödynnetään järjestelmällisesti omavalvonnan ja toiminnan laadun kehittämisessä. Jokainen ilmoitus analysoidaan, juurisyitä selvitetään ja tarvittavat korjaavat toimenpiteet suunnitellaan ja toteutetaan.

Valvontaviranomaisten antama ohjaus ja päätökset huomioidaan välittömästi. Ohjaus ja päätökset käydään läpi yksikön johdon ja henkilöstön kanssa, ja niiden edellyttämät toimenpiteet toteutetaan viipymättä.

4.4 Kehittämistoimenpiteiden määrittely ja toimeenpano

Kehittämistoimenpiteet määritellään havaintojen, palautteen, poikkeamailmoitusten ja auditointien perusteella. Toimenpiteet kirjataan, vastuutetaan ja niiden toteutumista seurataan säännöllisesti.

Taulukko 6: Keskeisimmät korjaus- ja kehittämistoimenpiteet sekä niiden aikataulu, vastuutaho ja seuranta

Korjaus- tai kehittämistoimenpide	Aikataulu	Vastuutaho	Seuranta
Yksikköön on nimetty laitevastaavat ja työntekijät saaneet koulutusta. Laitepassit henkilöstöllä.	Joulukuu 2025 – toukokuu 2026	Jokainen hoitaja, kodin johtaja, sairaanhoitaja	Mepcoon todistukset viedyt
Palo- ja pelastuskoulutus 5.3.2026 ja 18.3.2026	5.3.2026 ja 18.3.2026	Kodin johtaja	Mepcoon todistukset viedyt
Asukastietoihin kirjaaminen	Kevät 2026	Jokainen hoitotyöntekijä, omahoitajat, RAI- ja kirjaamisvastaava, kodin johtaja	Domacare2: päivittäiskirjaukset, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmat, RAI-arvioinnit

5. OMAVALVONNAN SEURANTA JA RAPORTOINTI

5.1 Laadun- ja riskienhallinnan seuranta

Vuoden 2026 kolme seurattavaa laatutavoitetta ovat:

1. Palveluissa korostuu asiakaslähtöisyys ja yksilöllinen kohtaaminen. Tavoitteena on varmistaa, että jokainen asukas kohdataan hänen tarpeidensa, toiveidensa ja elämäntilanteensa mukaisesti.

2. Jokainen työntekijä vastaa tasalaatuisen ja luotettavan palvelun tuottamisesta yhteisten toimintatapojen mukaisesti. Tavoitteena on vahvistaa yhdenmukaisia käytäntöjä ja varmistaa, että palvelun laatu ei vaihtelee tilanteesta tai työntekijästä riippuen.

3. Hoidon toteutus vahvistaa asukkaiden ihmisarvoa ja takaa kunnioittavan palvelukokemuksen. Tavoitteena on, että hoito ja palvelu tukevat asukkaan arvokkuutta, turvallisuuden tunnetta ja hyvinvointia kaikissa hoitotilanteissa.

Jokaisella asukkaalla on ajan tasalla oleva hoitosuunnitelma ja RAI-arvio, jotka päivitetään vähintään puolen vuoden välein. Itsemääräämissuunnitelma tarkistetaan vuosittain. Asukas- ja läheiskyselyt toteutetaan keväisin ja syksyisin.

Omahoitajuuden toteutumista seurataan Domacare 2:een tehtyjen kirjausten kautta, ja omahoitajahetket pidetään ohjeen mukaisesti. Henkilöstömitoituksen tulee olla luvan mukainen, ja mahdolliset poikkeamat kirjataan Laatuporttiin. Osaamisen varmistamiseksi arvioinnit tehdään kolme kertaa vuodessa, ja laitepassit, lääkeluvat sekä koulutustunnit pidetään ajan tasalla Mepcossa.

Rajoitustoimenpiteitä seurataan säännöllisesti, ja niiden toteutuminen kirjataan päivittäin. Hoitosuunnitelmat arvioidaan kolme kertaa vuodessa, ja niistä valitaan 1–5 tavoitetta, joita seurataan päivittäiskirjauksissa.

5.2 Laadun- ja riskienhallinnan raportointi

Palveluyksikössä laadun ja turvallisuuden seurannasta raportoidaan säännöllisesti yksikön johdolle ja tiimille. Lain edellyttämällä tavalla laadun ja riskienhallinnan toteutumisesta laaditaan omavalvonnan osavuositain koontiraportti kolmesti vuodessa, ja raportit käsitellään yksikön tiimipalavereissa sekä palvelujohtajan kanssa.

Riskienhallinnan toteutumisesta raportoidaan johdolle ja tiimille vähintään kolme kertaa vuodessa sekä aina merkittävien poikkeamien yhteydessä.

5.3 Kehittämistoimenpiteiden etenemisen seuranta ja raportointi

Omavalvontasuunnitelman toteutumisen seuranta varmistetaan säännöllisellä ja suunnitelmallisella arvioinnilla. Seuranta toteutetaan tiimipalavereissa, sisäisissä auditoinneissa ja arjen havainnoinnin kautta.

Omaavalvonnan seurannasta laaditaan selkeä ja ajantasainen selvitys. Selvitys päivitetään ja julkaistaan vähintään neljän kuukauden välein, kuten lainsäädäntö edellyttää.

6. EDELLISEN OSAVUODEN ARVIOINTI

Arviointijakso: 1.5.–31.8.2026 **Arvioinnin laatija:** Jaana Kaasinen, kodin johtaja **Päiväys:** 3.9.2026

Poikkeamat, läheltä piti -tilanteet ja asiakaspalaute

Jakson aikana kirjattiin Laatuporttiin yhteensä 94 poikkeamaa, joista 13 Läheltäpiti -tilanteita. Yleisimmät poikkeamatyypit olivat lääkehoitoon liittyviä tai asukkaan kaatuminen. Riskiluokat olivat 2–3.

Jakson aikana toteutettiin yksikössä sisäinen auditointi, jonka esille tuomia kehittämis ehdotuksia sekä lieviä poikkeamia on laitettu jakson aikana käytäntöön.

Helsingin kaupunki teki ennaltilmoittamattoman tarkastuskäynnin 20.8.2026. Alustava raportti saatu 7.9.2026.

Toimenpiteet:

Viikkopalaverien yhteydessä kerrattu lääkehoitoon liittyviä toimintaohjeita ja painotettu lääkevastuuvuorolaisen vastuuta. Asukkaiden kaatumisten jälkiseurantaan kiinnitetty enemmän huomiota. Jokaiselle omatoimisesti liikkuvalla asukkaalle on tehty kaatumisenriskiarviointi, FRAT.

Samoin kaikille asukkaalle tehty myös MNA, ravitsemuksen arviointi. Asukkaiden RAI-arvioinnit on päivitetty. Jakson aikana yksikköön muutti yksi uusi asukas.

Omaistenilta pidettiin 26.8.2026, johon osallistui neljän asukkaan omaisia.

Henkilöstöresurssit ja perehdytys

Henkilöstömitoitus on pysynyt luvan mukaisena koko jakson ajan. Yksi työntekijä irtisanoutui siirtyessään muihin tehtäviin. Kesän aikana oli kolme kesätyöntekijää, jotka täydensivät vakituisen henkilöstön vuosilomat. Jouduimme käyttämään vuokratyövoimaa muutamassa iltavuorossa, muutoin puutokset pystyttiin täydentämään omalla työvoimalla.

Henkilöstön osaaminen ja koulutus

Henkilöstö on osallistunut teamsin välityksellä KANTA-koulutuksiin. Osa henkilöstöstä on suorittanut THL:n Saattohoitopassin.

Aiempien epäkohtien korjaaminen ja kehittämistoimenpiteiden seuranta

Henkilöstön työhyvinvoinnin tukemiseksi meillä on alkanut työnohjus, joka jatkuu myös syksyn ajan. Olemme edelleen jatkaneet päivittäiskirjaamiseen panostamista sekä poikkeamien huomioimista.

Riskien arviointi

Taulukko	Riskit edelleen ajantasaiset?	Hallintatoimet riittävät?	Huomiot / muutokset
T1: Palvelujen saatavuus	Kyllä	Kyllä	Ei muutoksia
T2: Palvelujen jatkuvuus	Osittain	Kyllä	Ei muutoksia
T3: Turvallisuus ja laatu	Osittain	Kyllä	Ei muutoksia
T4: Henkilöstö	Osittain	Kyllä	Ei muutoksia
T5: Yhdenvertaisuus ja oikeudet	Kyllä	Osittain	Hieman parannusta

Jakson aikana tunnistetut uudet riskit: Ei uusia riskejä tunnistettu

Uudet kehittämistarpeet seuraavalle osavuodelle:

Seuraavalle osavuodelle tunnistettiin tarve edelleen kehittää päivittäistä kirjaamista. Kanta-järjestelmään haltuunotto.

Laitepassit käyttöön koko henkilökunnalle.

Positiivisten palautteiden kirjaaminen Laatuporttiin.

Työhyvinvoinnin edistämisen jatkuminen. Työnohjaus alkanut ja jatkuu koko vuoden.

Uusien työntekijöiden sitouttaminen yksikköön.

Kokonaisarvio osavuodesta

Asioita on monella osa-alueella saatu viedyksi eteenpäin, mutta kehittäminen jatkuu suunnitelmien mukaisesti edelleen.

Helsingissä 3.9.2026


Jaana Kaasinen, kodin johtaja

Päivitetty 3.9.2026 — Hyväksytty: Jaana Kaasinen, kodin johtaja

LIITTEET

Liite 1 Kehityssuunnitelma (Luottamuksellinen)